trebali na neki način provjeravati ili s vremena na vrijeme podastrti dokazi o unapređivanju vještakove stručnosti.

Uz pravila znanosti i medicine vještake obvezuju deontološka i etička pravila. Deontologija ili znanost o dužnostima kompleks je normi; razlikujemo etički, stručni i kazneni oblik liječničke deontologije. U Hrvatskoj je 1985. godine Društvo sudskih vještaka donijelo prvi Etički kodeks sudskih vještaka.[2]

Etički kodeks određuje odnos vještaka prema izradi vještačenja, prema sudu i strankama, kolegama sudskim vještacima i društvenoj zajednici. Vještak je dužan poštivati propise o izradi vještačenja, ispunjavati sve svoje dužnosti, čuvati ugled svih sudskih vještaka i opravdati povjerenje pravosudnih organa. U odnosu prema sudu vještak je dužan odazvati se pozivu suda, dati svoj nalaz i mišljenje i odazvati se pozivima na raspravu. Pri pisanju vještva vještak je dužan služiti se razumljivim nazivima i što manje upotrebljavati strane riječi. Vještačenje mora biti jasno i jednoglasno i mora dati odgovore na pitanja postavljena od suda i stranaka. Liječnik, pa tako i vještak uvijek treba zadržati najviši nivo profesionalnog ponašanja i ne smije dopustiti da materijalna dobit utječe na profesionalni sud.[3]

Stručnost, etičnost i profesionalnost tri su osnovna elementa koja moraju biti sjedinjena i prožimati se u osobi odgovornoga medicinskog vještaka.

LITERATURA

1. *Miličić V.* Deontologija profesije liječnik. Zagreb: Sveučilišna tiskara; 1996, str. 54.
2. *Gnjidić Ž, Bilić R i sur.* Uvod u medicinsko vještačenje. Zagreb: Medicinska naklada; 2008, str. 86.
3. *Miličić V.* Deontologija profesije liječnik. Zagreb: Sveučilišna tiskara; 1996, str. XXIV.

KVALITETA ZDRAVSTVENE SKRBI

QUALITY IN HEALTH CARE

ANA STAVLJENIĆ-RUKAVINA*

Deskriptori: Kvaliteta zdravstvene skrbi – zakonodavstvo; Osiguranje kvalitete zdravstvene skrbi

Sažetak. Kvaliteta zdravstvene skrbi podrazumijeva se u svakoj medicinskoj intervenciji koja je obvezno zasnovana na dobroj stručnoj praksi i principima medicine zasnovane na dokazima. Međutim zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama u Europi te mnogim drugim dijelovima svijeta suočavaju se posljednjih deset godina sa zahtjevima društva i pojedinaca-korisnika zdravstvenih usluga za veću kvalitetu i manje rizike od nepovoljnih ishoda pojedinih postupaka dijagnoze i liječenja potaknuto objavljenim podacima u SAD-u i nekim europskim zemljama o oštećenim i umrlima zbog neadekvatnog liječenja. Temeljem dosadašnjih spoznaja o mogućim izvorima pogrešaka moguće je raspoznati sljedeće objektivne okolnosti koje pridonose učestalosti pogrešaka: sve je izraženija kompleksnost novih tehnologija u dijagnozi i liječenju, skraćeno je vrijeme između novih pronalazaka (lijekova i tehnologija) i njihove primjene u kliničkoj praksi, nedostaju adekvatni programi i informacijska tehnologija koja je u stanju pratiti kontinuitet zdravstvene skrbi, raste morbiditet od kroničnih bolesti u većini dijelova svijeta i produženo je trajanje života a posljedica toga je učestalije korištenje zdravstvenog sustava čime i broj nepovoljnih događaja postaje veći, dok organizacijske promjene u zdravstvenom sustavu ne prate istom brzinom promjene u primjeni novih tehnologija i znanstvenih spoznaja. Zato se sve veća važnost pridaje metodama procjene i poboljšanja kvalitete. U ovom pregledu navedeni su temeljni principi i metode koje se u suvremeno organiziranim zdravstvenim sustavima primjenjuju u programima poboljšanja kvalitete, kontroli kvalitete i upravljanju kvalitetom. Dodatno je na pregledan način sistematizirana metodologija i terminologija koja se susreće u programima poboljšanja kvalitete.

Descriptors: Quality of health care – legislation and jurisprudence; Quality assurance, health care

Summary. Quality in health care is the basic requirement in each medical intervention based on good medical praxis and principles of medicine based on scientific evidence. However, health systems and medical personnel in health insitutions in Europe as well as other parts of the world are nowadays confronted with public requirements for better care and more quality in health system, less risks and undesirable outcomes of medical interventions. Based on recent results of investigations on sources for mistakes it was persumed that it might be the consequence of more complex technologies used in diagnosis and treatment, as well as shortage of time between new development and application in medical practice, the lack of information technologies needed for follow up of interventions, ageing of population and more chronicaly ill patients etc. Therefore, systematic approach in implementation of quality improvement programs is first priority for any health system which is oriented to patients needs and satisfaction. In this rewiev article the basic terms and methods used for quality improvement in health care is presented, including quality assessment, quality control and management of quality.

Liječ Vjesn 2008;130:306–310

* **Hrvatska komora medicinskih biokemičara** (prof. dr. sc. Ana Stavljenić-Rukavina, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. A. Stavljenić-Rukavina, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Kumičićeva 5, Zagreb, e-mail: astavljenic@hkmb.hr

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

Zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama u Europi te mnogim drugim dijelovima svijeta suočavaju se posljednjih deset godina sa zahtjevima društva i pojedinaca-korisnika zdravstvenih usluga za veću kvalitetu i manje rizika od nepovoljnih ishoda pojedinih postupaka dijagnoze i liječenja. Premda se kvaliteta podrazumijeva u zdravstvenoj intervenciji koja se temelji na principima najbolje stručne prakse, ipak se i u tehnološki najrazvijenijim zemljama registrira veći broj nepovoljnih ishoda liječenja. U SAD-u i nekim europskim zemljama objavljeni su podaci o oštećenim i umrlima zbog neadekvatnog liječenja.[1] Sudionici smo također nepoželjnih ishoda pri uvođenju novih lijekova u medicinsku praksu. Nadalje, poznato je da u postupku dijagnoze i liječenja postoje kod određenog broja intervencija poznati rizici u većem ili manjem postotku što dodatno upućuje na potrebu preventivnog djelovanja u nastojanju da se i taj postotak smanji na najnižu moguću mjeru.

Međutim, javno, političko i stručno nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama u svijetu poprimilo je globalne razmjere. Zabrinutost se posebice ističe u pogledu dostupnosti i trajnosti skrbi, kliničke učinkovitosti, sigurnosti bolesnika, vrijednosti dobivenih za novac, reakcija korisnika te javne odgovornosti.[2] Stoga se u razvijenom svijetu pridala važnost preventivnoj medicini, primarnoj zdravstvenoj skrbi, uključenosti bolesnika te izravnijoj pravnoj regulaciji vlada i agencija koje provode financiranje zdravstvene mreže i upravljanje zdravstvenim sustavom.

Temeljem dosadašnjih spoznaja o mogućim izvorima pogrešaka moguće je raspoznati sljedeće objektivne okolnosti koje pridonose učestalosti pogrešaka: sve je izraženija kompleksnost novih tehnologija u dijagnozi i liječenju, skraćeno je vrijeme između novih pronalazaka (lijekova i tehnologija) i njihove primjene u kliničkoj praksi, nedostaju adekvatni programi i informacijska tehnologija koja je u stanju pratiti kontinuitet zdravstvene skrbi, raste morbiditet od kroničnih bolesti u većini dijelova svijeta i produženo je trajanje života, a posljedica toga je učestalije korištenje zdravstvenog sustava čime i broj nepovoljnih događaja postaje veći, dok organizacijske promjene u zdravstvenom sustavu ne prate istom brzinom promjene u primjeni novih tehnologija i znanstvenih spoznaja.[3]

Terminologija u kvaliteti

Ne postoji suglasnost o definiranju kvalitete ili načina njezina mjerenja bilo u cjelokupnim sustavima zdravstva, među populacijama ili u pojedinačnoj zdravstvenoj skrbi. Različite kulture imaju različite vrijednosti i prioritete; za neke »dobro« znači već postojanje zdravstvenog osoblja i objekata, za neke znači pravednost i sažaljenje, za druge pak razvijene zemlje optimalne kliničke ishode. Izazov za svaku zemlju jest prepoznati ta različita opravdana očekivanja i pomiriti ih u jednom odgovornom i uravnoteženom zdravstvenom sustavu.

Kvaliteta skrbi definira se kao stupanj u kojem su zdravstvene usluge, pružene pojedincima i populaciji, povećale željene zdravstvene ishode i u skladu su s postojećim profesionalnim znanjem (Institut of Medicine-IOM, 1990).[4]

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira »*kvalitetu kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje*«.[5–7] U oba se slučaja pažnja usmjerava na očekivanja bolesnika u ishodu liječenja jer tu leži jedan od glavnih razloga sve učestalijih pojava nesporazuma između liječničke profesije – davatelja zdravstvene usluge i bolesnika.

Vijeće Europe osnovalo je odbor eksperata za kvalitetu 1995. godine koji je sastavio niz preporuka za ministre zdravstva (prihvaćene su 1997. godine) prema kojima bi vlade zemalja članica trebale uspostaviti sustav poboljšanja kvalitete čije je značenje sljedeće: »*Stvaranje politike i struktura koje podupiru razvoj i provedbu 'sustava poboljšanja kvalitete', tj. sustava za trajno osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama.*« Rezolucija se temeljila na shvaćanju da je zdravstvena skrb dobre kvalitete osnovno pravo svakog pojedinca i svake zajednice koje je sadržano u članku 11. Europske društvene povelje o pravu na zaštitu zdravlja, a i članak 3. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini zahtijeva da ugovorne strane osiguraju »jednak pristup zdravstvenoj skrbi primjerene kvalitete«.[5,8]

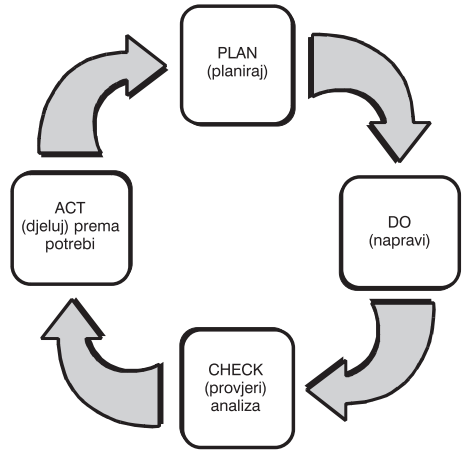
U *upravljanju kvalitetom* rabe se pojmovi kao što su: *osiguranje kvalitete* kao planirano mjerenje i usporedba procesa liječenja određenim mjerilima – indikatorima kvalitete; *kontrola kvalitete* znači uvođenje kontrole procesa u odnosu na propisane norme, *poboljšanje ili unapređenje kvalitete* koristi se kao termin za unapređenje procesa rada s ciljem sprečavanja grešaka, a *potpuno upravljanje kvalitetom* (TQM) kao skup mjera koje ujedinjuju sustavno sve prethodne.

Naglasak je danas s »kontrole kvalitete i procjene« usmjeren na definiranje dogovorenih i valjanih standarda, sustavno i pouzdano mjerenje rada, provođenje aktivnosti usmjerenih na promjene i poboljšanje te ponavljanje mjerenja i trajno poboljšanje u ciklusima ili uzlaznoj spirali.

U osnovi svih mjera za poboljšanje kvalitete je poznati Donabedianov model (slika 1.).[9] Plan poboljšanja je definiran kao puna primjena normi kvalitete, a provjerava se primjenom definiranih indikatora ili mjerila koji upućuju na mogućnost daljeg poboljšanja procesa.

Postoji opća suglasnost o tome da bi se »kvaliteta« trebala procjenjivati sa stajališta glavnih sudionika (kao što su korisnici, zdravstveni stručnjaci, osiguravatelji, političari te ravnatelji u zdravstvu) prema jasnim mjerilima koja odražavaju temeljne vrijednosti nekog društva. Najčešće citirani elementi »dobrog« zdravstvenog sustava odnose se na Donabedianovu prilagodbu koncepta poboljšanja kvalitete koji se sastoji od tri dijela.

1. *Struktura ili organizacija skrbi* – dostupnost ljudskih, financijskih i tehničkih sredstava (ulaganje), kako se



Slika 1. *Poboljšanje kvalitete: Donabedianov ciklus*
Figure 1. *Quality improvement: Donabedian cycle*

dodjeljuju s obzirom na vrijeme, mjesto i odgovor na potrebe stanovništva (pristup), pravedna podjela troškova i koristi (pravednost).
2. *Proces* – kako se sredstva koriste (upravljanje), korištenje vremena i sredstava (učinkovitost), izbjegavanje gubitaka, smanjenje rizika (sigurnost), praksa utemeljena na dokazima (adekvatnost), skrb usmjerena na bolesnika (trajnost), javno informiranje (izbor, transparentnost, odgovornost).
3. *Ishod zdravstvene skrbi* – kakvi su rezultati postignuti (provedba), zdravlje stanovništva (poboljšano zdravlje), klinički ishod (učinkovitost), ispunjenje očekivanja javnosti i zaposlenih (zadovoljstvo), vrijednost dobivena za novac (ekonomičnost).

Nerealno je očekivati istodobnu koncentraciju na sve te vrijednosti. Zato bi svaka zemlja trebala definirati stratešku cjelovitost vrijednosti kvalitete (najbolje na način koji će preživjeti promjene vlada), a zatim definirati radne prioritete.[5]

Sustavi kvalitete i međunarodna praksa

U zemljama EU pravo je svake članice definirati svoj zdravstveni sustav s odgovarajućim mjerilima kvalitete. Međutim pojedine vladine institucije, osiguravajuća društva i nevladine udruge koje se bave pravima bolesnika u EU izradile su nekoliko modela koji omogućuju objektivnu procjenu kvalitete zdravstvene skrbi a koje se u pravilu temelje na primjeni odgovarajućih normi kvalitete sukladno dobroj stručnoj praksi i općim normama sustava kvalitete.

U pravilu bez obzira na to koji sustav kvalitete pojedina zemlja ili zdravstvena ustanova primjenjuje obvezno su u sadržaje normi uključeni: osiguranje kontinuiteta u zbrinjavanju bolesnika od kućnog do bolničkog liječenja i rehabilitacije, normama se osigurava pravilna procjena bolesnikovih potreba, bolesnik i korisnik usluge je ujedno izvor kontrole kvalitete, normama se osigurava adekvatno informiranje bolesnika i protok informacija o tijeku liječenja, svi postupci dijagnoze i liječenja temelje se na principima medicinske prakse zasnovane na dokazima, osigurava se visoka sigurnost sustava primjenom odgovarajućih normi i anticipiraju potrebe u prevenciji rizika, osigurava se transparentnost sustava u svakom segmentu skrbi i normama se uvjetuje dobra suradnja među svim stručnjacima uključenim u zdravstvenu skrb pojedinca.[10,11]

Na kvalitetu skrbi ne utječe samo kvaliteta pojedinca – liječnika ili kvaliteta zdravstvene ustanove nego i zdravstveni sustav u cjelini. Zadaća kvalitetnoga zdravstvenog sustava je:

- da osigura sigurnost bolesniku izbjegavajući pritom ozljede koje bi mogle nastupiti primjenom dijagnostičkih i terapijskih metoda koje bi mu ponajprije trebale pomoći,
- sustav treba osigurati usluge temeljene na znanstvenim dokazima, a izbjegavati primjenu usluga koje ne pridonose boljitku bolesnika,
- sustav treba biti usredotočen na bolesnikove potrebe i osigurati individualna prava bolesnika,
- sistematski je potrebno smanjivati vrijeme; intervencija treba biti u pravo vrijeme,
- zdravstveni sustav treba biti racionalan i učinkovit; treba izbjeći nepotrebno trošenje opreme i pribora,
- sustav treba biti pravedan i dostupan jednako bez obzira na materijalno stanje, rasu, socijalni status, spol ili regionalnu pripadnost.

Metode za poboljšanje kvalitete

Metode za poboljšanje možemo podijeliti na unutarnje i vanjske preglede kvalitete.[3] Unutarnje obavljaju zdravstveni djelatnici, unutar kliničkog okruženja na kojem djeluju. Oni se bave kriterijima i standardima kliničke prakse i takav nadzor podrazumijeva otkrivanje nedostataka i njihovih uzroka, njihovim sprečavanjem i ispravljanjem i posljedično poboljšanjem kvalitete skrbi. Najčešće se primjenjuju posredne metode kao: razgovor s bolesnicima, obiteljima, zdravstvenim radnicima, pregled medicinske dokumentacije, pregled istovrsnika (engl. peer review – osoba koja u društvu ima isti položaj kao druga glede naobrazbe, ugleda, ovlasti), medicinska revizija (engl. medical audit – raščlamba medicinske dokumentacije), kontinuitet liječenja i zadovoljstvo bolesnika. Nastoji se uvesti poboljšanje provedbe te spriječiti pojava nepoželjnih ishoda i njihov hitan oporavak. Tu se ubrajaju smjernice za kliničku izvedbu, protokoli i algoritmi, kliničke staze i stabla odlučivanja.[11,12]

Mehanizam vanjske procjene kvalitete

Mnoge zemlje imaju dobrovoljne i propisane mehanizme za vanjsku procjenu kvalitete u zdravstvu prema definiranim standardima. Namjena svih jest osigurati ili poboljšati elemente kvalitete, no obično ih provode mnogobrojne zasebne organizacije s nacionalnom koordinacijom ili bez nje.[5,13]

U širem smislu ti mehanizmi uključuju varijante pet pristupa:

ISO: Međunarodna organizacija za standarde nudi standarde za certifikaciju organizacija ili funkcija koju provode ovlašteni kontrolori (provjeritelji-auditori). Premda su početno zamišljeni za proizvodnu industriju (npr. lijekovi, medicinski aparati), ti su standardi primijenjeni na zdravstvenu skrb, poimence na radiološke i laboratorijske sustave, a manje na sustave kvalitete u kliničkim odjelima.

Model Europske zaklade za upravljanje kvalitetom: »Baldrige« kriteriji za sustave upravljanja razvijeni su u SAD-u i prenijeti u programe procjene u Europi. Model EFQM podrazumijeva samoprocjenu i ustanova koja po mišljenju fondacije ima visok stupanj usklađenosti s njihovim modelom dobiva nagradu, tzv. European Quality Award. Glavni cilj fondacije je podupiranje primjene TQM-a.

Kolegijalni pregled: kolegijalni programi, obično za jednu disciplinu, procjenjuju te izdaju službenu akreditaciju programima obučavanja, no prošireni su i na kliničke usluge (pregled istovrsnika).

Akreditacija: neovisni, dobrovoljni programi razvijeni su s težištem na multidisciplinarnim procjenama funkcija zdravstvene skrbi, organizacija i mreža. Ocjenjuje se koliko se jedna zdravstvena ustanova pridržava organizacijskih standarda i postupa prema njima. Odnosi se na ustroj, organizacijske procese, kvalifikacije osoblja, opremu, sigurnost. Ustanova koja postupa prema propisanim standardima dobiva o tome potvrdnicu od tijela koje provodi procjenu. Obvezatni su programi nedavno prihvaćeni u Francuskoj, Italiji i Škotskoj, Bugarskoj, a neobavezni su u nizu europskih i ostalih zemalja u svijetu.[4,5,14,15]

Registriranje i licenciranje: propisanim se programima osigurava da stručno osoblje ili organizacije koje pružaju skrb postignu minimalne standarde stručnosti (npr. obučavanje, registriranje, certifikacija i revalidacija).

Potrebno je razlikovati akreditaciju zdravstvenih usluga od certifikacije te od licenciranja. U Programu osiguranja kvalitete i preporukama koje su utemeljene u SAD-u, pred-

Tablica 1. *Definicije akreditacije, licenciranja i certifikacije*
Table 1. *Definitions of accreditation, licensing and certification*

Proces / Process	Organizacija koja je objavila i/ili provodi / Organization which published and/or implements	Predmet vrednovanja / Object of validation	Komponente/zahtjevi / Components/requirements	Standardi/Norme / Standards/norms
Akreditacija (dobrovoljna, u nekim zemljama obvezna) / Accreditation (voluntary, in some countries obligatory)	Vladina ili nevladina organizacija (strukovna društva) / Government or non-government organization (professional societies)	Zdravstvena ustanova / Medical institution	Pridržavanje objavljenih standarda, procjena u samoj ustanovi, pridržavanje nije uvijek traženo zakonom ili/i propisima / Abidance by published standards, assessment in the institution, abidance is not always requested by law or/and regulations	Određeni na maksimalnu moguću razinu kako bi se stimuliralo stalno poboljšanje / Set to maximal possible level in order to stimulate constant improvement
Licenciranje (obvezatno) / Licensing (obligatory)	Ovlaštenje vlade/ Zakon o profesijama / Government authorization/ Law on professions	Pojedinac / Individual	Propisi koji osiguravaju minimum standarda, ispit ili dokaz o obrazovanju/ stručnosti / Regulations which insure minimal standards, exam or proof of education/ competence	Određeni na minimalnoj razini kako bi se osiguralo okruženje s minimalnim rizikom za zdravlje i sigurnost / Set to minimal level in order to insure environment with minimal risk for health and safety
		Ustanova /Institution	Propisi kojima se osigurava minimum standarda, inspekcija u samoj ustanovi / Regulations insuring minimal standards, inspection in the institution	
Certifikacija (dobrovoljna) / Certification (voluntary)	Ovlašteno tijelo, bilo vladino ili nevladino / Authorized body, government or non-government	Pojedinac / Individual	Procjena unaprijed određenih zahtjeva, dodatno obrazovanje/ obučavanje, dokazana stručnost u specijalističkom ili supspec. području / Assessment of requirements set in advance, additional education/training, proven competence in a specialty or subspecialty field	Određena nacionalnim stručnim ili specijalističkim odborima / Set by national professional or specialty committees
		Ustanova ili usluga / Institution or service	Dokazivanje da organizacija ima dodatne usluge, tehnologiju ili kapacitet / Proof that organization has additional services, technology or capacity	Industrijskim se standardima (npr. standardima ISO 9000) procjenjuje pridržavanje osnovnih specifikacija / Abidance by basic specification is assessed by industrial standards (e.g. ISO 9000 standards)

ložena je tablica definicija koja se zasniva na širokome međunarodnom iskustvu (tablica 1). Sva priopćenja dostupna su u programu osiguranja kvalitete s konferencije održane u Washingtonu u listopadu 2000. godine o zakonskoj regulaciji, licenciranju, akreditaciji i certifikaciji.[4,5]

Prema analizi koju su pripremili Charles Shaw i Iusuf Kalo u 2001. godini više od pola od 36 nacionalnih programa akreditacije u svijetu bilo je osnovano i provođeno u Europi (od 1990. godine), gdje se 14 programa provodi u dvanaest zemalja.[13]. Više od polovine tih programa (djelomice) financiraju ili njima izravno upravljaju vlade, no programi koji su ustanovljeni prije dužeg vremena (npr. u V. Britaniji ili Španjolskoj) neovisni su.[15] *Sve to upućuje na to da vlade sve više upotrebljavaju akreditaciju kao sredstvo zakonske regulacije i javne odgovornosti, za razliku od njezine tradicijske uloge u neovisnom i dobrovoljnom samostalnom razvoju.*

U zemljama koje nemaju nacionalni program akreditacije pojedine ustanove (posebice privatne bolnice) traže vanjsko priznanje na temelju stranog programa. Domaći nacionalni programi, bilo vladini ili neovisni, obično se razvijaju iz jednog ili više stranih programa. Glavni utjecaj u Europi imali su Kanadsko vijeće, Služba za kvalitetu u zdravstvu (V. Britanija) i Zajedničko međunarodno povjerenstvo (JCAHCO, SAD). Smjernice za standarde i aktivnosti nacionalnih ili međunarodnih programa akreditacije utvrdilo je na međunarodnoj razini vijeće ALPHA Međunarodnog društva za kvalitetu u zdravstvenoj skrbi i korištene su u specifikacijama vladinih ugovora za vanjsku tehničku pomoć.[8,16,17,19]

Kvaliteta i zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

U okviru reformi zdravstvenog sustava od 2000. godine nadalje provodi se program unapređenja kvalitete edukacijom o normama kvalitete priznatim u međunarodnoj praksi i prilagođenim sustavu u Hrvatskoj u organizaciji vladinih i nevladinih tijela. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete proteklih je godina u suradnji s Ministarstvom zdravstva i socijalne skrbi RH a na temelju preporuka WHO i Europskog društva za kvalitetu provelo opsežnu edukaciju svih profila zdravstvenih radnika o uvođenju sustava kvalitete i akreditacijskom postupku. Provedeno je dvadesetak seminara s više od 2000 sudionika na kojima je analizirano stanje u uvjetima za primjenu normi kvalitete u zdravstvenom sustavu s ciljem određivanja prioriteta u mjerama za poboljšanje. Ocjenu kvalitete sustava dali su također bolesnici u provedenim anonimnim anketama pri bolničkom liječenju (2001. i 2006. godine) i izvanbolničkom liječenju (2006) što je bila dobra polazna osnova za procjenu normi kvalitete koje se odnose na zadovoljstvo korisnika pruženom zdravstvenom zaštitom.

Norme kvalitete primjenjuju načela sistematskog poboljšanja u organizaciji skrbi, poštivanju bolesnikovih prava, smanjenju rizika osobito od hospitalnih infekcija, primjene krvi i pripravaka iz krvi, rizika kod interventnih dijagnostičkih i terapijskih zahvata, kao i zaštiti okoliša.[12,18] Uvođenje i primjena sustava kvalitete u zdravstvu nije jednostavan proces i bez obzira na stupanj razumijevanja potreba postoje otpori na različitim razinama sustava koje treba procijeniti i na

vrijeme odgovoriti na sporna pitanja. Pretpostavke za uspješno provođenje sustava za osiguranje kvalitete i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi su ove: zakonodavno uređenje kvalitetnoga zdravstvenog sustava uključujući norme kvalitete, izobrazba timova za sustav kvalitete (managera kvalitete), izobrazba zdravstvenog i sveg ostalog osoblja o sustavu kvalitete i mjerama za poboljšanje te adekvatno financiranje sustava kvalitete uz priznanje i nagrade za poboljšanje kvalitete pojedinca, tima i ustanove.[20]

U lipnju 2006. g. u Hrvatskom saboru predstavljena je Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006–2011. U Strategiji se također navodi da je njezin osnovni cilj unaprijediti zdravstveni sustav do 2011. g. tako da zadovolji potrebe građana Republike Hrvatske za kvalitetnu stručnu medicinsku zdravstvenu skrb koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima. Točka 4. govori o poboljšanju kvalitete medicinskog rada, gdje se kaže da se na svim područjima zdravstvenog rada njeguje atmosfera kvalitetnog obavljanja zdravstvenih poslova, počevši od postupanja s pacijentima pa do primjene standarda internog ustroja u radu zdravstvenih ustanova, zdravstvenih postupaka i ponašanja. Govori se o potrebi utvrđivanja standarda i normativa kao preduvjeta za dovršenje započetog sustava kategorizacije i akreditacije bolnica koji se namjerava primijeniti i na ostale dijelove sustava zdravstva.

Sabor Republike Hrvatske donio je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, a Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi izradilo je projekte s ciljem poboljšanja kvalitete usluga u sustavu zdravstva. Neki od tih projekata su: Informatizacija zdravstvenog sustava, Mjere za liste čekanja, Kategorizacija zdravstvenih ustanova, Transplantacijski program – Eurotransplant, Akcija ljubaznost, Anketa o kvaliteti zdravstvenih usluga, Bijeli telefon. Zakon o zaštiti prava pacijenata donijet 2003. dijelom je osnova za definiranje normi kvalitete koje se odnose na prava bolesnika. Temeljem zakona o kvaliteti osnovana je Agencija za kvalitetu koja je u biti vladina agencija sa zadaćom provođenja akreditacije, kategorizacije i unapređenja kvalitete u zdravstvu. U svrhu osiguranja kvalitete planira se donošenje pravila koja se odnose na sigurnost pacijenata i zdravstvenih radnika, pravilan odnos i ponašanje svih koji sudjeluju u procesu liječenja te će se propisati pravila i standardi vezani uz akreditaciju zdravstvenih ustanova.

Zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama suočavaju se, također, posljednjih godina i sa zahtjevima društva i pojedinaca (korisnika zdravstvenih usluga) za veću kvalitetu i manje rizika od nepovoljnih ishoda tijekom dijagnoze i liječenja. U ocjeni kvalitete liječenja zdravstveni se sustav, ustanove i pojedinci susreću s prijeporima koji nerijetko završavaju sudskim procesima i medijskim ocjenama koje imaju značajan odjek u javnosti. Zato profesionalna strukovna udruženja i komore imaju sve važniju zadaću u tumačenju stručnih normi kvalitete i dosega liječenja u skladu s dostignućima struke u zemlji, razvoju smjernica, razvoju metoda informiranosti bolesnika i građana, sve u cilju postizanja što većeg povjerenja u kvalitetu rada i osiguranje zadovoljstva bolesnika.

Liječnička profesija je osobito u osjetljivu položaju jer mora znati procijeniti kada i koliko opsežno treba ući u postupak upućivanja svog bolesnika u potencijalne rizike pojedinog zahvata, dometa i mogućnosti te dosega liječenja.

Sjeme poboljšanja kvalitete treba plodno tlo za čiju pripremu trebaju godine. Mnogi stručnjaci, posebice stariji liječnici, osjećaju nelagodu u vezi sa snažnijom ovlaštenom ulogom bolesnika, kolegijalnim pregledom ili timskim radom, a i prema podjeli informacija i ovlasti. Ključna faza u razvoju nacionalne strategije kvalitete jest procjena prevladavajuće kulture i dugoročnih utjecaja radi povjerenja, obučavanja i informiranja glavnih sudionika: korisnika, zdravstvenih stručnjaka, političara i osiguravatelja.

LITERATURA

1. *Donaldson S.* The Error is Human. Washington: National Academy Press; 2000.
2. *Orešković S.* New priorities for health care reform in Central and Eastern Europe. Croat Med J 1998;39;225–33.
3. *Eldar R.* Quality of Care. Zagreb: Medicinska naklada; 2005.
4. *International Society for Quality in Health Care.* International accreditation toolkit. 2004. www.isqua.org.issue.
5. *Shaw CD, Kalo I.* Background for national quality policy in health systems. WHO document 2002 www.euro.who.int.document.
6. *World Health Organization.* The world health report 2003: Shaping the future. Geneva: World Health Organisation. http://www.who.int/whr/2003/en.
7. *World Health Organization Regional Office for Europe.* The European Health Report. Geneva: WHO European Series 2002 No. 97
8. *Shaw CD.* Editorial. Standards for better health. Br Med J 2001;329: 1250–51.
9. *Donabedian A.* Evaluating the quality of medical care. Millbank Mem Quart 1966;44:166–216.
10. *McKee M, Garner P, Stott R.* International co-operation in health. Oxford: Oxford University Press, 2001.
11. *Donaldson J, Muirgray JA.* Clinical governance: a quality duty for health organizations. Qual Health Care 1998;7(Supl):S37.
12. *Eldar R.* Kvalitate zdravstvene skrbi. U: B. Vitale i sur. Četiri stoljeća javnog zdravstva i biomedicine u Hrvatskoj. Zagreb: Medicinska naklada/Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 2007, str. 407–13.
13. *Shaw CD.* External assessment of health care. Br Med J 2001;323: 851–54.
14. *Hammer-Plećaš A, Čvoriščec D, Stavljenić-Rukavina A.* Priručnik o kvaliteti – model. Biochem Med 1994;(4)1–2:31–42.
15. *Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels PD.* Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project. Intl J Quality Health Care 2004;16(Suppl 1):45–50.
16. *Thompson R,Taber S, Lally J, Kazandjian V.* Quality indicator project and the UK independent health care sector: a new development. Int J Quality Health Care 2004;16(Supl 1):51–6.
17. *Veillard J, Champagne F, Klazinga N i sur.* A performance assessment framework for hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH project. Int J Quality Health Care 2005;17:487–96.
18. *Hammer-Plećaš A, Čvoriščec D, Stavljenić-Rukavina A.* Vanjska procjena kvalitete medicinsko-biokemijskoga laboratorija. Biochem Med 1995;(5)2–3:103–7.
19. *Heather R Palmer.* Process-Based Measures of Quality: The Need for Detailed Clinical Data in Large Health Care Databases Ann Int Med 1997;127:733–38.
20. *Kilbridge P.* Crossing the chasm with information technology: Bridging the quality gap in health care. California Health Care Foundation.i health reports. 2002.